REPORT OF THE SUB-COMMITTEE
ON SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

DAY SURGERY UNITS

Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare
1982

Également disponsible en français sous le titre
"Unité de chirurgie de jour".

IMPORTANT

The information contained in these Guidelines was current at the time of publication. When using the Guidelines it should be remembered that certain aspects of the delivery of health care and health technology are changing rapidly. Should you identify any out-of-date material in the text, please inform:

Mr. D.F. Moffatt,
Chairman, Sub-Committee on Special Services in Hospitals,
Health Services Directorate,
Health Services and Promotion Branch,
Department of National Health and Welfare,
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Further copies of these Guidelines in both official languages can be obtained from the above person.

First published in 1978
Revised in 1982

© Minister of Supply and Services Canada 1983
Cat. No. H39-24/1983E
ISBN 0-662-12447-2

TABLE OF CONTENTS

		PAGE
GENERAL INTRODUCTION		v
LIST OF PARTICIPANTS		viii
PREAMBLE		1
GUIDELINES		
1.	Patient Load	6
2.	Bed Requirements	6
3.	Administrative Policy, Procedures and Control	7
4.	Staff Establishment and Coverage	9
5.	Staff Training and Qualifications	9
6.	Specific Supporting Departments and Services	10
7.	Space Allocation, Utilization and Special Design Features	11
8.	Equipment	12
9.	Relationship with Other Departments and Services	12
APPENDICES		
APPENDIX I	Possible Day Surgical, Medical and Diagnostic Procedures	13
APPENDIX II	Patient Pre-operative Information Forms	20
APPENDIX III	Guidelines for Policies and Procedures for Special Services in Hospitals	22
APPENDIX IV	List of Available Guidelines for Special Services in Hospitals	25

GENERAL INTRODUCTION

Background

Advances in health technology and changes in the planning and delivery of health care have contributed to an increasing demand for specialized services in hospitals. A dramatic rise in the number of intensive and specialized care facilities and services in hospitals has occurred in recent decades due to rapid technological development in electronics and automation, and as a result of new approaches to patient care. These changes have produced demands for physical facilities, specialized equipment and highly-trained health manpower. Because of this, there is a continuing need for guidelines for standards to assist those involved in planning, organizing and operating special care services in hospitals.

Mandate

In 1972 health authorities in Canada recognized the need for guidance in this area, and the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Insurance commissioned the Working Group on Special Services in Hospitals to create guidelines for standards to provide a reliable definition of requirements for a number of special care facilities and services.

Guidelines were developed by the Working Group for 14 units and services, and, in 1975, these were published under the title, "Guidelines for Special Care Units in Hospitals". This volume was widely distributed to provincial health and hospital authorities, and to national and international health organizations, and has been adopted by many as a guide.

The continuing development of existing and new health technologies, together with changes occurring in the pattern of health care delivery, gave impetus to the updating of the 1975 Guidelines, and to the development of guidelines in additional areas. In May 1982, the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services granted the Working Group continuing status as a sub-committee of the

Advisory Committee. The name of the Working Group was therefore changed to the Sub-Committee on Special Services in Hospitals. A complete list of Guidelines published or being prepared by the Sub-Committee is found in Appendix IV.

Methodology

The Guidelines published in 1975 were developed on the principle of a consensus of information, knowledge, experience and expert opinion obtained from appropriate organizations and individuals throughout Canada. They were based, where possible, on guidelines developed in Canada, and from authoritative sources in other countries. This approach has been generally acceptable to government and hospital authorities and the health professions.

The present Guidelines were prepared on a similar basis. On this occasion, in addition to input from provincial authorities, the expert opinion of health professionals was obtained through formally designated representatives of national health organizations representing the activities involved in each specific service. It is certain that many hundreds of health professionals from every area of the country have provided expert input in these Guidelines by this method, and have thus provided a truly Canadian consensus on these topics.

Suggested purpose of the Guidelines

The Guidelines should not be regarded as rigid standards. Their application may vary throughout Canada, and it is the prerogative of each province to accept, modify or reject the Guidelines according to provincial priorities.

The purpose of the Guidelines is to provide a definition of requirements for a number of special care facilities and services. They are not intended to provide standards for clinical practice.

Where development of a unit is under consideration, the Guidelines will assist planners and government health authorities in determining the need for such a unit, and

in assessing the total potential impact of a new unit on existing and projected services, both at the local and regional levels. Deficiencies in existing services can be identified, and in some cases these can be corrected without the need to develop a new unit.

Where a unit already exists in a hospital, the Guidelines will help to identify problem areas related to administration, personnel, equipment, and physical facilities. They will help to determine necessary remedial action and to set priorities for corrective measures on the basis of clinical need, fiscal realities, and the degree to which a deficiency in the physical facilities impedes adequate functioning of the unit.

Future revisions

Because of the rapidly changing nature of health care, the Guidelines will require regular revision. It is planned to maintain the Sub-Committee to carry out this function.

Acknowledgments

The Sub-Committee acknowledges with sincere appreciation the immense amount of work undertaken and time given by practising health professionals in Canada in providing detailed written information and guidance in the preparation of these Guidelines. In addition, we wish to thank the many others who, in any way, contributed advice and information to this endeavour.

LIST OF PARTICIPANTS

The membership of the Sub-Committee on Special Services in Hospitals responsible for the preparation of the new and updated Guidelines is as follows:

Mr. Donald F. Moffatt, Chairman
Director
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. Derek J. Beckley
Director
Program Planning Branch
Hospital Services
Alberta Hospitals and
Medical Care
EDMONTON, Alberta

Mme Madeleine L. Côté
Chief, Institutional Health Services Section
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de Neurochirurgie de la
Faculté de médecine de Sherbrooke
Centre Hospitalier de l'Université
de Sherbrooke
SHERBROOKE (Québec)

Dr. Gordon A. Judge
Medical Director
Toronto Western Hospital
TORONTO, Ontario

Mrs. Phyllis MacDonald
Standards Officer
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

Mr. David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Hans H. Rubarth
Regional Director
Health Care Institutions Division
Nova Scotia Department of Health
HALIFAX, Nova Scotia

Dr. Robert Seaver
Senior Medical Consultant
Personal Health Division
Program Advisory Branch
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

SECRETARIAT

Mrs. Janet Stow
Project Officer
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

WORKING GROUP ON DAY SURGERY UNITS

The Working Group on Day Surgery Units that was responsible for revising the original guidelines was composed of the following experts in the field:

Dr. Hans H. Rubarth (Chairman)
Regional Director
Health Care Institutions
HALIFAX, Nova Scotia

Dr. George Allin
Assistant Executive Director
Royal Alexandra Hospital
EDMONTON, Alberta

Dr. Fred Barton
Chief of Staff (Medical Director)
Halifax Infirmary
HALIFAX, Nova Scotia

Dr. J.M.R. Campbell
Chief of Anaesthesia
Toronto Western Hospital
TORONTO, Ontario

Mrs. Diane Gordon
Head Nurse, Day Surgery Unit
Ottawa Civic Hospital
OTTAWA, Ontario

Dr. John Hazlett
Hotel Dieu Hospital
KINGSTON, Ontario

Dr. Nathan Levine
Chief of Family Practice
Mount Sinai Hospital
TORONTO, Ontario

Dr. Paul McGoey
1020 McNicholl Avenue
SCARBOROUGH, Ontario

Mrs. Janet Stow
Project Officer, Secretariat
Health Services Directorate
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

DAY SURGERY UNITS

PREAMBLE

Elective day surgery, in carefully selected cases, is increasingly being adopted as an alternative to admission to inpatient beds. Day surgery programs have proven to be medically safe and cost effective.[1] In addition to being convenient to providers, day surgery is generally convenient and acceptable to patients and their families. A day surgery unit can utilize existing facilities and/or resources, or can be established as a self-contained unit under the general administration of an acute care hospital.

Research based on day surgery programs has revealed that a large number of elective surgical procedures can be safely performed on an outpatient basis. These procedures may be carried out under local, regional or general anaesthesia. Experience has shown that very few day surgery patients have complications which lead to the requirement for hospitalization.

In certain circumstances, the facilities of a day surgery service may also be used on an outpatient basis for medical, diagnostic, or treatment procedures such as chemotherapy and blood transfusions. Specific unit guidelines must be established for staffing and other arrangements for these medical procedures.

Definition

Elective day surgery is a program with the following components:

- pre-admission workup;
- the performance of operations and procedures in a

---

1 Shah, C.P. "Day-Care Surgery in Canada: Policy and Experience of Provinces", Can. Anaesth. Soc. J., Vol. 27, No. 4, July 1980, p. 399

unit for which patients are given appropriate instructions before admission and are admitted and discharged on the same day;

- an organized post-operative system of recovery room and post-recovery room observation area;
- home services, both by telephone and actual visiting, are available when needed;
- arrangements for suitable follow-up care and continuity of care are ensured.

It is assumed that all emergency surgery will be handled by the inpatient surgical service.

Classification of Delivery Modes

1. A Self-Contained Day Surgery Unit

Such a unit will be self-contained either within the established hospital or in close proximity to the hospital. Either type of unit in this category would have its own dedicated operating room and recovery area(s). The unit may also have areas for reception and changing, a room for post-procedural observation, and a discharge area. Such units should be dedicated to elective day surgery and selective diagnostic procedures only.

2. An Integrated Shared Facility

Such a unit would utilize the hospital's existing main surgical suite and recovery rooms on an integrated shared basis while ensuring that adequate provisions are made for pre-operative, operative, and post-operative care, and discharge and follow-up according to its own resources.

It is recommended that, whenever possible, designated and suitably staffed areas be available for reception and post-recovery. The provision of a separate, appropriately staffed post-recovery room area allows observation of the patient's

condition prior to discharge, prevents interference with the main surgical suite and recovery room functions, and promotes continuity of patient care.

3. A Multipurpose Facility

In facilities where the potential volume of surgery to be performed is not large enough to establish a separate service, elective day surgery can be performed as part of the normal surgical workflow of the hospital. Under these circumstances, special attention must be paid to admitting and discharge policies and procedures, and mechanisms for post discharge and follow-up care must be established.

Limiting Factors

Elective day surgery should not be equated with emergency short-stay surgery which may entail increased hazards due to recent food intake and a possible lack of time for a complete pre-operative assessment.

There are a number of variables which will influence the performance of procedures on a day surgery basis. These variables will be of varying importance depending upon the physical structure of the Unit and the experience and skill of those working in the Unit.

1. Patient Selection

Patients suitable for day surgery are those who are in good health or those who have no more than a mild to moderate systemic disturbance caused by either the condition that necessitates the procedure or any other pathophysiological process (for example, mild diabetes, slight or limited organic heart disease, controlled epilepsy, mild asthma).

Normally patients with a severe systemic disturbance or disease would not be considered as suitable candidates for day surgery. However, under special circumstances, day surgery may be appropriate for these patients. For example, a patient receiving chemotherapy may be under less risk of exposure to infection if necessary procedures are carried out on a day surgery basis.

The patient must have the ability to understand and comply with post-operative instructions, and must be willing to accept the procedure on an outpatient basis.

2. Anaesthetic Services

Following the end of the anaesthetic, adequate time must be allowed for recovery to "street fitness" before the patient is discharged from hospital. To allow this, as a general rule the general anaesthetic itself should not last longer than one and a half hours.

Care should be taken in choosing patients over the age of 60 for general anaethesia, as recovery may be prolonged. Small children, including babies, may be anaesthetized for short procedures, but premature babies, during the first six months of life, are not suitable candidates for day surgery.

3. Additional Considerations

a) Informed patient consent: the patient should be made aware of alternatives as part of the informed consent process.

b) Procedures unsuitable for day surgery:

- procedures requiring specialized post-operative nursing, pain control by injected narcotic, or complicated post-operative care;

- procedures commonly involving a significant blood loss.

c) Post discharge arrangements:

- The adequacy of the home environment for after-care should be known in advance, having regard to the specific surgical procedure. Adequacy is assessed in terms of physical accommodation and availability of personal support at home. If the home environment is not adequate, alternative arrangements must be established. If this is not possible, the patient should be admitted to inpatient care.

d) Distance

The distance to be travelled after discharge and the method of transportation available to the patient should be known when assessing the patient's suitability to undergo a specific procedure on an day surgery basis.

GUIDELINES

1. PATIENT LOAD

The minimum patient load required to make day surgery a viable service is dependent upon the type of program established. To estimate the probable patient load operating room utilization statistics with types of procedures performed during the preceding year can be analyzed and the number of procedures suitable for day surgery identified.

Experience of hospitals with day surgery programs has shown that of the total number of all operations, 35-50 per cent may be performed on a day surgery basis. For a self-contained unit with two operating rooms a minimum of 16 patients a day would be required for a viable service. The current workload of self-contained day surgery units in major centres in Canada varies between 2000 and 3000 cases per operating room per year.

In establishing an integrated shared facility, consideration should be given to the impact that Day Surgery may have on the multipurpose utilization of the operating room suite and recovery rooms in terms of potential increases in time/space. On the average an operating room can accommodate 1200-1500 inpatient procedures or 2000-3000 day surgery procedures per year.

2. BED REQUIREMENTS

In-patient beds are not a requirement for a day surgery program. However, there must be provision made to allow immediate admission to an inpatient service whenever this is indicated. Provision should be made for holding patients in post-operative recovery rooms and also later in day unit observation areas. The number of day unit stretcher/beds required by the unit will vary with the volume of work in the unit but will be approximately one stretcher/bed for every two cases.

3. ADMINISTRATIVE POLICY, PROCEDURES AND CONTROL

A day surgery unit, multidisciplinary advisory committee should be formed which would normally include representatives from surgery, anaesthesiology, nursing and other disciplines as appropriate. The role of this Committee would be to coordinate the input of the various services, to plan, review and evaluate, and to advise the medical advisory committee and the administration on the operation of the program. An existing hospital committee with similar composition may assume this role.

3.1 General Clinical Direction

General clinical direction should fall under the jurisdiction of a hospital designated physician with appropriate skills.

3.2 Policies and Procedures[1]

In addition to the normal policies and procedures established for hospital operating rooms, the following policies should also be adopted:

1. Pre-admission history, physical evaluation and necessary laboratory tests should be done as close as reasonably possible to the date of surgery and must be available to the anesthetist and the surgeon before commencement of the operation.

2. Pre-admission written instructions to patients undergoing general anaesthesia, and other written instructions specific to certain procedures should be given to the patient at the time of the pre-admission evaluation. (See example, Appendix II p. 20.)

---

[1] See also Appendix III, "Guidelines for Policies and Procedures for Special Services in Hospitals".

3. Prior arrangements should be made with the local home care program, where home care is indicated and available.

4. Responsibility with relation to patient selection lies with the designated physician. However, it is the anaesthetist's responsibility to make decisions relative to the desirability of administering a general anaesthetic for a particular patient and procedure.

5. Standard Operating Room and Anaesthesia Department policies must be maintained in the elective day surgery unit.

6. A record of procedures carried out must be included in the patient's permanent medical record.

7. Appropriate post-operative care guidelines and discharge criteria must be established in the unit.

8. The patient must be discharged on a physician's order.

9. The patient should be discharged from the unit only if accompanied by a responsible adult.

10. Discharged patients must be provided with written instructions for home convalescence, and directions for reaching assistance should complications arise.

11. Twenty-four hour emergency services should be available to the patient:

    - Patients should be provided with a contact phone number to reach the responsible physician.

- Patients should be instructed to contact the hospital's emergency service if they require assistance and are unable to reach the physician.

- a home visiting service, that is dedicated to day surgery or part of a home care program, may be utilized.

12. In some units the exchange of phone calls during the immediate post-operative period between the patient and/or family and the unit staff has been found to be beneficial to both parties.

13. The results of the patient's follow-up care by the physician outside of the hospital should be recorded on the patient's hospital record.

3.3 Responsibilities of Unit Staff

Policies regarding the relationship, duties and responsibilities of all members of the unit staff must be clearly defined in writing.

4. STAFF ESTABLISHMENT AND COVERAGE

One of the purposes of establishing a day surgery unit will be the achievement of considerable staffing cost economies when compared to the same services offered on a 24-hour in-patient basis. Staffing requirements for the unit are on a limited basis of eight to twelve hours a day, usually for a five day week. Flexible staffing patterns such as staggered or split shifts can be used to ensure that sufficient staff are available to adequately cover the peak periods when patients are being admitted and discharged. Nursing staff requirements will depend on patient load, case mix, and the layout and administrative patterns of the unit. Whatever staffing pattern is used, adequate nursing coverage must be provided.

5. STAFF TRAINING AND QUALIFICATIONS

Professional personnel should be governed by the same regulations, with respect to credentials and delineation of privileges, that apply to the inpatient surgery services.

Nursing staff should consist of registered nurses who have surgical nursing skills. Nurses working in the operating and recovery rooms should have appropriate training in these areas.

Resources should be available for staff orientation and in-service education.

6. SPECIFIC SUPPORTING DEPARTMENTS AND SERVICES

The various services and/or departments involved may be:

- hospital operating room support services;
- inpatient services for patients with complications who need to be admitted;
- home care program or hospital day surgery nursing visit program to provide support services to the patient on discharge;
- outpatient department for pre-admission evaluation;
- admitting services;
- social services;
- medical record services;
- dietary services;
- laboratory department;
- volunteer services.

7. SPACE ALLOCATION, UTILIZATION AND SPECIAL DESIGN FEATURES[1,2]

Flexibility is a key factor in meeting changing workloads. The Unit must have the capacity for adequate:

- reception
- pre-operative preparation,
- post-operative observation,
- changing, locker and washroom facilities,
- waiting room for relatives and friends.

In addition, self-contained units will require operating rooms, post-anaesthetic recovery room, clean and soiled utility rooms, office space, staff washrooms, change lockers and lounge areas.

Consideration should also be given to the fact that the integrated shared facility and the multipurpose facility will create an additional workload for the existing operating and recovery rooms and space/time requirements in this area may therefore change.

---

1 Opinions on design information may be obtained from other sources, including: Design Considerations for Special Care Units in Hospitals, 1978, and Evaluation and Space Programming Methodologies, 1980. Available from: Health Facilities Design Division, Health Resources Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare Canada.

2 For definitions of net and gross areas please refer to: Floor Area Measurement for Health Facilities. Available from: Health Facilities Design Division, Health Resources Directorate, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare Canada, 1978.

8. EQUIPMENT

The self-contained unit should be equipped according to the standards required for hospital operating and recovery rooms.

Emergency oxygen, suction and resuscitation equipment, as well as drugs, intravenous solutions and appropriate surgical supplies should be available in the pre- and post-operative areas.

9. RELATIONSHIP WITH OTHER DEPARTMENTS AND SERVICES

If possible, the service should be established in such a way that easy access for elective day surgery patients is provided. Proximity of the observation area to the operating and recovery rooms is important.

POSSIBLE DAY SURGICAL, MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURES

General Categories of Procedures

It is recommended that a system of broad categorization be used to provide a guide to possible elective day surgical, medical, and diagnostic procedures. The following categories are suggested:

1. Elective surgical, dental, and diagnostic procedures that require the use of less than one and one-half hours of general anaesthesia.

2. Procedures under local anaesthesia that require post-operative observation.

3. Endoscopic procedures under general or local anaesthesia.

The following comprehensive list indicates those procedures that are known to have been performed on a day surgery basis in various facilities. **This list is for reference only. Policies to determine which procedures** can be **safely carried out in the elective day surgery unit should be established in each facility.**

A. SURGICAL PROCEDURES

General Surgery, Chest Surgery

Abscess, incision and drainage
Baker's cyst, excision
Breast masses, excision
Bronchoscopy
Carbuncle, excision
Cervical node biopsy
Colonoscopy
Colostomy revision
Debridements
Fistulectomy

Foreign body, removal
(with or without X-ray)
Frenulectomy, tongue
Gastroscopy
Haemorrhoidectomy
Haemorrhoidectomy, thrombotic
Herniorrhaphy, inguinal
(infant or adult - unilateral or bilateral)
Herniorrhaphy, umbilical
Laparoscopy
Lipoma, excision
Lymph node biopsy
Mediastinoscopy
Muscle biopsy
Orchidectomy
Orchidopexy
Pilonidal cystectomy
Polypectomy, rectal
Rectal biopsy
Scalene node biopsy
Skin lesions, excision
Thyroglossal duct cyst
Varicocelectomy
Varicose vein ligation
Varicotomy

Gynaecology

Abortion, therapeutic
Bartholin cystectomy
Cervical amputation (Stermdorf)
Cervical cone
Cautery vaginal cyst
Colpotomy, diagnostic
Condylomata Acuminata (treatment of)
Cryotherapy (alone)
Cryotherapy with biopsy
Culdocentesis
Culdoscopy
Dilation and curettage
Episiotomy
Excision adhesions of clitoris
Examination under anaesthesia

Hymenotomy
Hysteroscopy
Hysterosalpingogram
Intrauterine contraceptive device, removal
Laparoscopy
Perineorrhaphy
Polypectomy, cervical
Saline injection intrauterine therapeutic
Tubal coagulation or ligation
Vulva biopsy

Oral Surgery

Cystectomy
Fracture, closed reduction, uncomplicated
Odontectomy, uncomplicated
Odontectomy, surgical
Periodontic surgery (full or partial)

Ophthalmology

Aspiration of aqueous
Biopsy, conjunctiva or cornea
Cataract by phakoemulsification
Canthus excision
Curettage or cauterization of corneal ulcer
Chalazion
Cryoretinopexy
Cryotherapy
Discission
Ectropion and entropion
Enucleation
Hordeolum, incision and curettage
Iridectomy
Keratotomy
Lacrimal duct probing or reconstruction
Myotomy - recession or resection
Photocoagulation
Pterygium
Strabotomy, pediatric

Tarsorrhaphy
Therapeutic retrobulbar injections

Orthopedic and Neurosurgical

Arthrotomy, meniscectomy
Arthrodesis (phalanges, other joints)
Arthroplasty (phalanges, other joints)
Arthroscopy
Bone graft
Bone reconstruction
Bunion operation
Bursae, removal of (olecranon)
Capsulectomy
Carpal tunnel decompression
Carpal tunnel ligament release
Cast change with manipulation
Exostosis, excision
Fasciectomy (finger, palm)
Fingernail or toenail removal
Fracture, closed reduction (with or without X-ray)
Ganglionectomy
Hammertoes with tenotomies and resection of bones
Hardware, removal
Hardware, removal, hip
Injection of intervertebral disc
Intercostal neurectomy
Manipulation of joints (with or without X-ray)
Medial ligament, knee repair of
Metatarsal heads, excision
Morton's neuroma
Nerve repair
Neuroma (other)
Olecranon spur, excision
Phalangectomy
Plantar wart, excision
Tendon repair
Tenosynovectomy
Tenotomy, hand or foot

Trigger finger release
Torticollis repair
Ulnar nerve transfer

Otolaryngology

Adenoidectomy and myringotomy
Antral puncture
Arch bars, removal or application
Branchial arch appendages, excision
Bronchoscopy
Cystoscopy
Esophagoscopy
Ethmoidectomy
Excision, foreign bodies
Excision, lesions, skin tags, cysts
Excision, parotid and submaxillary stones
Haemangioma, nostril
Inferior turbinate fracture
Jaw, wiring of
Laryngoscopy
Laryngeal polypectomy
Limited rhinoplasty
Mastoidectomy
Myringoplasty
Myringotomy with or without tubes
Nasal polyp, removal
Nose, closed fracture reduction
Otoscopy
Pedicle flap, transfer
Polypectomy, nasal
Septal reconstruction
Stapedectomy
Sub-mucous resection
Tonsillectomy, with or without adenoidectomy
Tympanoplasty
Zygoma, reduction

Plastic Surgery

Basal cell, carcinoma, excision
Blepharoplasty (upper or lower or combined)

Cyst excision
Cleft lip repair
Dermabrasion (partial or full)
Gynecomastia, excision
Hair transplantation
Mammoplasty, augmentation or revision
Meloplasty
Otoplasty
Rhinoplasty
Rhytidoplasty
Scar revisions and relaxations
Skin grafts, minor
Skin lesions, excision, minor
Xanthoma, excision

Urology

Caruncle, excision
Circumcision
Cystectomy, Skene's Duct
Cystoscopy
Dorsal slit
Fulguration of bladder neck
Hydrocelectomy
Inguinal/Scrotal abscess, incision and drainage
Litholapaxy
Meatotomy
Prostate biopsy
Retrograde studies
(i.e. Pyelograms)
Testes, excision
Urethral dilation
Urethroscopy
Vasectomy
Vasograms

B. MEDICAL AND DIAGNOSTIC PROCEDURES

Bone marrow aspiration and/or biopsy
Cardioversion
Colonoscopy

Electroshock therapy
Esophogeal dilatation
Gastroscopy
Laparoscopy
Liver biopsy
Myelogram
Paracentesis
Proctosigmoidoscopy
Renal biopsy
Spinal tap

PATIENT PRE-OPERATIVE INFORMATION FORMS

The following is an example of a "patient information form" which may be helpful in developing forms for an individual facility. Information will vary according to local circumstances.

A GUIDE FOR PATIENTS FOR AMBULATORY SURGERY

Pre-Admission

As preparation for your procedure your doctor may have given instructions for x-ray, laboratory and other tests. Your doctor will complete a history and physical sheet and your surgeon will have you sign an Operative Consent Form prior to your admission to the Day Surgery Unit. An interview with the anaesthetist will also be included in the pre-operative arrangements.

You have an appointment in the Laboratory of _____ Hospital on _____ (date) at _____ (time) for these tests.

Admission

Please come to the Day Surgery Unit on _____ (date) at _____ (time)

1. Please have nothing to eat or drink after midnight the night before surgery. Failure to comply with this request could result in a cancellation of your procedure.

2. Please leave valuables and jewelry at home. We are not responsible for lost or stolen articles. Make-up and nail polish should not be worn.

3. Arrangements must be made for you to be accompanied home by a responsible adult.

Important Post-Operative Instructions

The influence of a general anesthetic may affect your judgment and co-ordination for at least 24 hours following the anesthetic. Therefore you must not drive or operate machinery, make important decisions or sign important papers during this period.

When you have returned home, be sure to follow your physician's instructions regarding rest, medication and diet. You should not drink alcoholic beverages until 24 hours after anesthesia.

More specific instructions will be given to you by your physician before discharge. Do not hesitate to contact your physician or call the following number _____ if you have any concerns about your condition after you return home.

To make this program most effective, we welcome reactions and recommendations from those who have participated in it. In follow-up contacts after your operation, we urge you to give us the benefit of your comments.

APPENDIX III

GUIDELINES FOR POLICIES AND PROCEDURES

FOR SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

Guidelines for policies and procedures for special services in hospitals were formulated after a review of provincial, national and international information.

It is hoped that the following outline will serve as a guide for the development of more comprehensive and specific Special Services policies in order to ensure the most effective and efficient delivery of patient care in these units.

I. ROLE AND OBJECTIVES

A. Role and objectives of service in hospitals

B. Type of patients served

- By diagnosis and/or severity of illness
- Restriction of service, if any (e.g. terminally ill patients)

C. Services provided

II. ORGANIZATION OF SERVICE

A. Governing Board responsibility

B. Relationship to Administrator and Medical Staff

C. Service management

(i) Specific responsibilities of staff

- Medical Director
- Other medical staff
- Nursing staff
- Other staff

(ii) Committee

- Membership to be defined by discipline and number
- Terms of reference to be defined
- Provision for consultation with appropriate hospital and medical staff
- Schedules for formal and ad hoc meetings

III. POLICIES FOR OPERATION OF SERVICE

1. Admission authority by:
   - Medical Director
   - Assistant and resident physicians
   - Nursing supervisor of service
2. Admission priorities by:
   - Diagnostic category
   - Clinical condition
3. Routine admission Standing Orders
4. Emergency admission Standing Orders
5. Length of stay by diagnosis
6. Guidelines for transfer based on specific routine and emergency priorities
7. Guidelines for discharge based on specific routine and emergency priorities
8. Educational requirements of staff
9. Provision for continuing education of staff
10. Establishment and maintenance of appropriate patient records

11. Emergency delegation of responsibility to medical, nursing and/or other staff

12. Equipment maintenance and safety

13. Continuing evaluation of effectiveness of service

IV. PROCEDURES

1. Elective procedures: medical, nursing and other

2. Emergency alert system procedures

3. Medical record and statistical procedures

4. Patient - visitor regulations

GUIDELINES FOR
SPECIAL SERVICES IN HOSPITALS

The following guidelines have been prepared by the Federal-Provincial Sub-Committee on Special Services in Hospitals. These guidelines were requested by the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Care Services, Ottawa. Some of the guidelines are updated versions of guidelines previously published by the Sub-Committee.

- Adult Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Burn Unit
- Cardiovascular Services in Hospitals
  - Ambulatory Electrocardiography Monitoring
  - Cardiac Care
  - Cardiac Catheterization
  - Cardiac Surgery
  - Cardiovascular Nuclear Medicine
  - Cardiac Pacemaker
  - Cardiac Stress Testing
  - Echocardiography
  - Intermediate Cardiac Care
  - Non-Invasive Vascular Laboratories
  - Phonocardiography
- Child and Adolescent Psychiatric Services Provided by General Hospitals
- Child and Adolescent Services in General Hospitals
- Computed Tomography
- Day Surgery Unit
- Dental Care Units in Hospitals
- Detoxication Unit
- Diabetic Day Care Unit
- Diagnostic Ultrasound Facilities in Hospitals
- Emergency Services
- Geriatric Day Hospitals
- Geriatric Unit in a Hospital
- Intensive Care Unit
- Long Term Adult Institutional Care

Narcotic Addiction Treatment Unit
Nuclear Medicine in Hospitals
Palliative Care Services in Hospitals
Patient Hostel Unit
Perinatal Intensive Care Unit
Regional Renal Failure Program
Rehabilitation Medicine Unit
Respiratory Technology Service/Unit
Spinal Cord Injury Unit
Stroke Services
Total Parenteral Nutrition

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
SUR LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES
RÉGISSANT LES SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

UNITÉ DE CHIRURGIE DE JOUR

Direction des services de santé
Direction générale des services
et de la promotion de la santé

Publication autorisée par le
Ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social
1978

IMPORTANT

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. Il faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer la personne suivante:

Dr W.B. C. Robertson
Directeur, Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide à l'adresse ci-dessus.

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
INTRODUCTION		v
LISTE DES PARTICIPANTS		vii
CHIRURGIE DE JOUR		1
PRÉAMBULE		1
NORMES		4
1.	Nombre de malades	4
2.	Lits requis	4
3.	Répartition conseillée des unités	4
4.	Politiques, procédures et contrôle administratifs	4
5.	Constitution des effectifs et heures de travail	6
6.	Formation du personnel et qualifications requises	6
7.	Départements et services de soutien particuliers	6
8.	Répartition et utilisation de l'espace, caractéristiques spéciales du plan d'aménagement	7
9.	Appareillage	7
10.	Relations avec les autres services et départements	8
ANNEXES		
ANNEXE I	Guide des politiques et des procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux	9
ANNEXE II	Liste des guides régissant certains services spéciaux dans les hôpitaux	11
ANNEXE III	Interventions médico-chirurgicales et examens diagnostiques susceptibles d'être pratiqués dans les services externes	13
ANNEXE IV	Feuilles d'instructions destinées aux patients devant subir une opération	19

INTRODUCTION

Historique

Les progrès de la technologie médicale ont contribué à l'accroissement de la demande de services spécialisés dans les hôpitaux. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouveiles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation sensible du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans nos hôpitaux. Ces changements dans la prestation des soins ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et d'une main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. À cause de cette situation, un besoin constant de critères et de normes, pour guider ceux qui ont la responsabilité de planifier, d'organiser et de diriger les services de soins spéciaux dans les hôpitaux, s'est fait sentir.

Mandat

En 1972, les administrations responsables de la santé au Canada ont jugé qu'il fallait une orientation dans ce domaine. Aussi, le Comité consultatif de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des normes de service et d'aménagement pour un certain nombre d'établissements et d'unités qui dispensent des soins spécialisés.

Le Groupe de travail a élaboré des énoncés de normes pour 14 unités et services. Le tout a été publié en 1975 sous le titre "Guide des normes de planification, d'organisation et de gestion des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux". Cet ouvrage a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques médicales actuelles ou récentes et les changements qui interviennent dans le mode de prestation des soins, ont exigé une mise à jour des normes de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de directives applicables à d'autres secteurs. On trouvera, à l'Annexe II, une liste complète des guides déjà publiés, ou en voie de préparation, par le Groupe de travail.

Méthodologie

Les normes publiées en 1975 ont été élaborées à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'opinions de spécialistes, le tout émanant d'organismes canadiens et de particuliers. Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, des directives élaborées au Canada et de sources autorisées aux États-Unis et dans d'autres pays. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables à ce mode d'approche.

Cette nouvelle publication a été préparée selon la même méthode. En l'occurrence, outre l'apport des instances provinciales, on a recueilli les avis pertinents de spécialistes de la santé, par l'entremise d'agents dûment désignés d'organisations sanitaires nationales représentant les activités propres à chaque

service. Il est certain que des centaines de spécialistes, de chaque région du pays, ont ainsi apporté à ces directives le fruit de leur expérience, donnant de la sorte aux sujets traités un caractère reflétant un véritable consensus canadien.

Objectif proposé des directives

Les directives ne devront pas être considérées comme des normes rigides. Leur application pourrait varier d'un endroit à un autre à travers le Canada et c'est à la province que revient la prérogative d'accepter, de modifier ou de rejeter ces directives selon ses propres priorités.

Le but de ces directives est de définir les exigences pour un certain nombre d'institutions et de services de soins spécialisés. Elles ne sont cependant pas conçues pour fournir des normes en matière de pratique clinique.

Quand la création d'une unité est projetée, ces directives aideront les planificateurs et les autorités gouvernementales en matière de santé à déterminer le besoin d'une telle unité et à évaluer l'impact qu'elle pourrait avoir sur les services déjà existants et ceux à l'étude, aussi bien sur les plans local que régional. Des lacunes dans les services déjà en place peuvent être détectées, et dans certains cas, comblées, sans que l'on soit pour autant dans l'obligation de créer une nouvelle unité.

Dans le cas où l'unité existe déjà dans l'hôpital, les directives permettront de résoudre des problèmes ayant trait à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Elles aideront également à déterminer les dispositions nécessaires à prendre pour corriger un problème défini, en se basant sur les besoins cliniques, les réalités fiscales et le degré suivant lequel une défectuosité quelconque dans les installations matérielles peut entraver le fonctionnement normal de l'unité.

Révisions à venir

En raison des changements rapides du domaine de la santé, les directives devront être révisées au besoin. Il est prévu que le Groupe de travail continuera à assumer cette fonction.

Remerciements

Le Groupe de travail présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail et le temps considérable que plusieurs d'entre eux ont consacré à préparer des textes et à fournir des avis éclairés pour l'élaboration de ces directives. De plus, il remercie les nombreux autres collaborateurs qui, d'autre façon, ont secondé ses efforts par leurs conseils et les renseignements qu'ils ont soumis.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent volume, qui s'est mis à l'oeuvre en 1976, était composé de:

Dr W.B.C. Robertson, président
Directeur
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mme M.L. Côté
Chef, Section des services de santé en institution
Division des services en établissement et en santé communautaire
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M. W. Foster (a démissionné en octobre 1977)
Administrateur des services de santé
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Dr Maurice Héon
Professeur et directeur
Département de neurochirurgie de la faculté de Médecine de Sherbrooke
Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke
Sherbrooke (Québec)

Dr G.A. Judge
Directeur médical
The Toronto Western Hospital
Toronto (Ontario)

M. M.B. Kohut (nommé en novembre 1977)
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

Dr W. MacPherson
Consultant principal: services spéciaux
Direction consultative des programmes
Division des programmes de santé
Ministère de la Santé
Toronto (Ontario)

M. David L. Martin
Conseiller en administration de la santé
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

M. Donald F. Moffatt
Directeur, Division des services en établissement et en santé communautaire
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle Sheila Nixon
Agent chef des normes
Commission des services de santé du Manitoba
Winnipeg (Manitoba)

M. Hans H. Rubarth
Directeur régional
Institutions de soins de santé
Ministère de la santé
Province de Nouvelle-Écosse
Halifax (Nouvelle-Écosse)

SECRÉTARIAT

Mlle S. Jeannotte
(a démissionné en février 1978)
Agent de projets
Direction de l'assurance-santé
Direction générale des programmes de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle Janet Stow (nommée en mai 1978)
Agent de projets
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

OBSERVATEURS PARTICIPANTS

M. Roger Diab
Architecte-conseil
Division de la planification des établissements sanitaires
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

Mlle A.N. O'Leary
Conseillère en soins infirmiers
Technologie nouvelle et normes
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
Ottawa (Ontario)

UNITÉ DE CHIRURGIE DE JOUR

PRÉAMBULE

Le service hospitalier de chirurgie de jour, qui constitue une solution de rechange à l'hospitalisation, est un mode particulier d'utilisation des installations ou des ressources de l'hôpital pour le traitement d'un certain nombre de cas bien déterminés. Les programmes de chirurgie de jour se sont avérés excellents du point de vue médical, économique et pratique, à la fois pour les malades et pour les médecins. Il est conseillé que les unités de chirurgie de jour fassent partie intégrante des services d'un hôpital général pour maladies aiguës.

Les recherches effectuées au sujet des programmes de chirurgie de jour ont révélé qu'un grand nombre d'interventions chirurgicales peuvent être pratiquées sans que le malade soit hospitalisé et que plusieurs se pratiquent sous anesthésie locale. D'autres procédures de diagnostic et certains traitements peuvent également être offerts en consultation externe, lorsqu'il existe une unité de chirurgie de jour dans un hôpital.

La nécessité des services chirurgicaux destinés aux patients ambulatoires doit servir de guide à la conception d'un programme qui assure l'utilisation la plus efficace de l'unité/service.

Définition

Un programme complet de chirurgie de jour comprend les examens préparatoires à l'admission, les interventions chirurgicales et les traitements, dans un service où les malades ne séjournent que quelques heures, ainsi qu'un système de contrôle postopératoire qui prévoit des consultations téléphoniques et, au besoin, des visites à domicile.

Classement des modes de distribution des soins

Les unités de chirurgie de jour sont classifiées en deux types principaux:

1. **Unité autonome**

   Ce service peut faire partie de l'hôpital même ou être situé à proximité. Les unités autonomes comprennent généralement une salle d'opération exclusivement réservée aux malades externes, une salle de réveil et une salle d'observation postopératoire. Plusieurs d'entre elles disposent de locaux distincts comme un poste de réception, un vestiaire et un bureau pour les formalités de sortie.

2. **Service distinct**

   Un tel service utilise les salles d'opération et de réveil de l'hôpital, ou n'importe quelle salle d'obstétrique ou autres locaux disponibles, pouvant faire office de salle d'opération, mais possède sa propre salle d'observation, l'équipement et le personnel nécessaire. Les malades sont admis à ce service avant l'opération et y reviennent en quittant la salle de réveil lorsqu'ils sont bien conscients et que leur état de santé le permet. La salle d'observation située hors du bloc opératoire permet de vérifier si le malade est prêt à retourner chez lui, tout en évitant de nuire au fonctionnement de la salle d'opération et de la salle de réveil, et en assurant la continuité des soins.

Facteurs restrictifs

Il existe un certain nombre de facteurs qui limitent les interventions en chirurgie de jour:

1. **Service d'anesthésie**

   a) Toute intervention nécessitant une anesthésie générale de plus d'une heure et demie doit être exclue du programme

   b) Selon "l'American Society of Anaesthesiologists", les deux catégories suivantes de malades sont admissibles aux traitements de chirurgie de jour:

   Première catégorie

   Toute personne ne souffrant d'aucun déséquilibre organique, physiologique, biochimique ou psychiatrique. Il doit s'agir d'une intervention nécessitée par un trouble localisé et non par une perturbation systémique de l'organisme.

   Deuxième catégorie

   Les personnes qui souffrent d'une perturbation systémique bénigne, imputable soit au trouble qui nécessite le recours à la chirurgie de jour, soit à d'autres conditions pathologiques (par exemple: le diabète léger, les troubles fonctionnels légers du coeur, l'épilepsie sous contrôle, la paralysie cérébrale, l'asthme et la fibrose kystique).

2. **Situations où le traitement au sein des programmes de chirurgie de jour est exclu**

   a) L'état de santé du patient

   - le patient souffre d'une maladie généralisée,
   - le patient manifeste une vive anxiété qu'on ne parvient pas à apaiser,
   - le patient contracte une infection intercurrente,
   - le patient est âgé de plus de soixante ans.

   b) Les interventions

   - intervention provoquant habituellement une hémorragie importante,
   - intervention exigeant une relaxation profonde des muscles pendant une période prolongée,
   - intervention nécessitant des soins postopératoires soutenus.

3. **Milieu familial**

   Il est nécessaire de connaître le milieu familial afin de s'assurer que les soins postopératoires seront adéquats. On entend par là que le malade puisse bénéficier de locaux convenables, ainsi que d'une aide suffisante,

une fois de retour dans son foyer. Au cas où le malade ne peut disposer de tels avantages, il convient de lui fournir des services à domicile; autrement, il faut l'hospitaliser.

4. **Distance**

La distance à parcourir après la sortie et les moyens de transport dont dispose le malade constituent deux facteurs importants qui interviennent lorsqu'il faut décider si le malade peut être opéré à titre d'externe. Les longs voyages peuvent être préjudiciables au malade. Par conséquent, les candidats à la chirurgie de jour doivent habiter à une distance raisonnable de l'hôpital.

Catégories générales des interventions pratiquées

Il est recommandé d'établir un système regroupant des catégories générales qui serviront de guide à la chirurgie de jour. Les catégories suivantes sont proposées:

1. Technique de diagnostic et traitement requis d'urgence ou non, nécessitant moins d'une heure et demie d'anesthésie générale.

2. Intervention sous anesthésie locale nécessitant une longue période d'observation postopératoire.

3. Intervention endoscopique sous anesthésie locale ou générale.

4. Chirurgie esthétique qui, en raison de la minutie et du soin qu'elle exige, doit s'effectuer dans le bloc opératoire.

5. Chirurgie bucccale ou dentaire qui exige une anesthésie générale et devrait se faire à l'hôpital sous la surveillance d'un anesthésiste compétent.

6. Dans certains centres, les installations de l'unité de chirurgie de jour servent à une variété d'interventions non chirurgicales. (Consulter l'Annexe III)

Le répertoire des interventions chirurgicales pouvant être pratiquées au service de chirurgie de jour apparaît à l'annexe.

NORMES

1. NOMBRE DE MALADES

Le nombre minimal de malades, pour faire de la chirurgie de jour un service viable, varie selon le type de programme adopté. L'analyse des statistiques annuelles de la salle d'opération (nombre de malades et interventions chirurgicales) permet de déterminer le nombre de malades susceptibles d'être admis au service de chirurgie de jour.

2. LITS REQUIS

Les lits réservés aux malades hospitalisés ne constituent pas un élément essentiel du programme de chirurgie de jour. Toutefois, des dispositions devront être prises pour garder les malades dans les salles de réveil postopératoires et les salles d'observation du service de jour. On doit au besoin être en mesure d'admettre immédiatement un malade dans un service destiné aux malades hospitalisés.

3. RÉPARTITION CONSEILLÉE DES UNITÉS

Les critères suivants doivent être considérés avant d'établir une unité de chirurgie de jour:

- l'existence d'un volume de travail suffisant pour justifier le service au plan économique,
- la disponibilité des services d'un anesthésiste compétent,
- les interventions ne seront pratiquées que par des membres autorisés du corps médical.

4. POLITIQUES, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS

Un comité consultatif interdisciplinaire composé 1) d'un chirurgien, 2) d'un anesthésiste, 3) d'un représentant du personnel infirmier et 4) d'un représentant de l'administration devrait être créé. Ce comité aurait pour fonction de coordonner l'aide apportée par les divers services et de prendre part à l'évaluation tout en conseillant les autorités au sujet du fonctionnement du programme. Un comité déjà existant, de composition semblable, pourrait assumer ce rôle.

4.1 Direction clinique générale

La Direction clinique générale peut relever du département de chirurgie ou d'un chirurgien désigné par celui-ci selon l'envergure du programme de chirurgie de jour.

4.2 Politiques et règlements

Outre les règlements qui régissent habituellement les salles d'opération, on propose d'adopter aussi les politiques suivantes:

1. Il serait souhaitable que les examens de laboratoire et l'évaluation préanesthésique soient effectués à la date la plus rapprochée de l'admission, chaque fois que cela est possible, afin de disposer d'une période de temps suffisante pour déterminer les résultats négatifs. On doit, de plus, effectuer les examens hématologiques de routine et les analyses d'urine au plus tard 72 heures avant l'admission.

2. Il faudrait que les instructions relatives à l'anesthésie et à certains traitements spéciaux soient communiquées au malade lors des examens préalables ou par le chirurgien lui-même. (Consulter l'Annexe IV)

3. Les arrangements voulus doivent être conclus avant l'admission avec le service local de soins à domicile, quand ces soins sont requis.

4. C'est à l'anesthésiste qu'incombe la décision finale d'autoriser les traitements sous anesthésie générale.

5. Les règlements des salles d'opération et du service d'anesthésie s'appliquent également au service de chirurgie de jour en ce qui a trait à l'intervention chirurgicale et à l'anesthésie.

6. Le dossier opératoire devrait être intégré au dossier médical permanent du malade. Sa nature est laissée à la discrétion de l'hôpital; il est toutefois recommandé qu'il soit aussi simple que possible.

7. Le malade ne devrait être autorisé à quitter le service qu'accompagné d'une personne responsable.

8. On devrait fournir au malade, à sa sortie, les directives se rattachant à sa convalescence à domicile. La personne accompagnant celui-ci devrait également recevoir des directives.

9. Un service d'urgence de 24 heures devrait être mis à la disposition du malade et comprendre:

   (i) des services médicaux professionnels ou le contact direct avec le médecin traitant, ou

   (ii) un service de visites à domicile, soit dans le cadre exclusif du programme de chirurgie de jour, soit dans celui d'un programme de soins à domicile.

10. On devrait fournir au malade une liste des symptômes que peuvent présenter d'éventuelles complications qui l'inciteraient à s'adresser au service d'urgence de vingt-quatre heures.

Voir l'Annexe I - "Guide des politiques et des procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux".

4.3 Les responsabilités du personnel de l'unité

Des règlements doivent être clairement établis en ce qui concerne les rapports entre les membres du personnel, leurs attributions et leurs obligations.

5. CONSTITUTION DES EFFECTIFS ET HEURES DE TRAVAIL

Le personnel médical, infirmier et paramédical nécessaire à un service de chirurgie de jour dépendra de l'envergure et du mode de fonctionnement du service. Le personnel devrait être constitué d'un groupe composite de représentants de chacun des services concernés.

6. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES

6.1 Médecins et dentistes

Les services d'anesthésie ne devraient être dispensés que par des anesthésistes qualifiés.

L'intervention chirurgicale doit être effectuée par des chirurgiens qualifiés et possédant une compétence dans la spécialité. Les omnipraticiens et les dentistes ne devraient être autorisés qu'à pratiquer les opérations relatives à leur domaine de pratique.

6.2 Soins infirmiers - Formation de base

L'unité autonome de chirurgie de jour doit compter des infirmières diplômées ayant une formation supplémentaire en soins infirmiers de salle d'opération et de réveil.

Dans un service distinct de chirurgie de jour, le personnel comprendra des infirmières diplômées ayant l'expérience des salles de réveil ou d'opération, étant donné que les soins infirmiers spécialisés seront prodigués dans la salle d'opération et la salle de réveil.

6.3 Soins infirmiers - Programme de perfectionnement

Il devrait exister un programme d'orientation et de formation en cours d'emploi du personnel infirmier.

7. DÉPARTEMENTS ET SERVICES DE SOUTIEN PARTICULIERS

Les départements et services de soutien de l'unité de chirurgie de jour sont les suivants:

- services de soutien des salles d'opération de l'hôpital;
- soins infirmiers en préparation préopératoire, réveil, observation postopératoire et soins intensifs;
- programme de soins à domicile ou visites à domicile faites par des infirmières du programme de chirurgie de jour en vue d'aider les malades à leur sortie;

- coordination avec le service de consultations externes en vue de l'évaluation précédant l'admission;

- service d'admission;

- archives médicales;

- coordination avec les services de diététique, de blanchissage et d'entretien;

- coordination avec le centre de distribution du matériel et le laboratoire clinique.

8. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE, CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT[1,2]

Aucune norme relative à l'espace requis en pieds carrés n'a été fixée, étant donné que celui-ci dépendra de l'envergure et du type de service. La souplesse est le critère essentiel qui permet l'adaptation à un débit de travail irrégulier. Le service doit pouvoir offrir:

- une salle d'accueil et de préparation préopératoire,
- des vestiaires, des casiers et des installations sanitaires,
- une salle d'observation postopératoire,
- une salle d'attente pour les parents (surtout s'il s'agit d'enfants).

De plus, les unités autonomes de chirurgie de jour comprennent des salles d'opération, une salle de réveil, une salle de décontamination, de l'espace de bureau, des vestiaires et une salle de repos pour le personnel.

9. APPAREILLAGE

L'unité autonome de chirurgie de jour ne nécessite aucun autre matériel que celui qu'on trouve habituellement dans des salles d'opération et de réveil en milieu hospitalier.

La salle d'observation postopératoire doit être munie d'oxygène, d'appareils de succion et de réanimation de même que de matériel nécessaire aux pansements.

---

1) Le lecteur peut se référer à "Considérations relatives au design des unités de soins spéciaux dans les hôpitaux" publié par la Direction de la planification des établissements sanitaires, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les plans et l'aménagement de l'installation matérielle.

2) Pour de plus amples informations quant aux espaces, nous vous prions de vous référer à "Mesurage des surfaces pour établissements de santé". Ce guide est publié par la Direction de la planification des établissements sanitaires, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada.

10. RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES ET DÉPARTEMENTS

Autant que possible, le service doit être situé de façon à ce qu'il soit facilement accessible aux malades externes. Il serait souhaitable que la salle d'observation soit située à proximité des salles d'opération et de réveil.

ANNEXE I

GUIDE DES POLITIQUES ET DES PROCÉDURES

À L'USAGE DES

SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les politiques et les procédures à l'usage des services spéciaux dans les hôpitaux ont été formulées à la suite d'une revue des publications provinciales, nationales et internationales traitant du sujet.

Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées pour chacun des services spéciaux, de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades de ces unités.

I. RÔLE ET OBJECTIFS

A. Rôle et objectifs de l'unité dans l'hôpital

B. Catégories de malades soignés

- Selon le diagnostic ou l'état du malade.

- Restrictions dans le service au malade s'il y a lieu (ex.: malades en phase terminale).

C. Services offerts

II. ORGANISATION DE L'UNITÉ DE SOINS

A. Responsabilité du Conseil d'administration

B. Relations entre l'unité, le directeur général et le personnel médical

C. Gestion de l'unité

(i) Responsabilités du personnel

- Directeur médical
- Médecins
- Infirmières
- Autres membres du personnel

(ii) Comité

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent, nombre)
- Mandat à définir
- Prévisions en vue de la disponibilité de consultants (médecins et autres membres du personnel médical)
- Calendrier des réunions régulières et spéciales.

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Responsabilité de l'admission des malades:
   - directeur médical,
   - médecins, résidents,
   - infirmière-surveillante de l'unité
2. Critères d'admission - Priorités selon:
   - le diagnostic
   - l'état de santé du malade
3. Ordonnances de routine à l'admission
4. Ordonnances de routine dans les cas d'admission d'urgence
5. Durée du séjour selon le diagnostic
6. Méthode de transfert des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence
7. Méthode de congé des malades selon les normes établies et les priorités de l'urgence
8. Degré de formation exigé du personnel
9. Projets d'éducation permanente pour le personnel
10. Établissement et tenue à jour des dossiers des malades
11. Délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence
12. Entretien et sûreté de l'appareillage
13. Évaluation continue du rendement de l'unité.

IV. TECHNIQUES

1. Techniques de soins électives (médicales, infirmières et autres)
2. Techniques et procédures en cas d'alerte
3. Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
4. Règlements régissant les visites aux malades.

ANNEXE II

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT CERTAINS SERVICES SPÉCIAUX DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis par le Groupe de travail fédéral-provincial sur les services spéciaux dans les hôpitaux, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Groupe de travail.

Alimentation parentérale totale
Hôtellerie pour malades
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
- Soins cardiaques intermédiaires
- Cardiostimulation (stimulation cardiaque)
- Cathétérisme cardiaque
- Chirurgie cardiaque
- Écho-cardiographie
- Exploration fonctionnelle cardio-vasculaire par l'épreuve d'effort
- Laboratoire de diagnostic des troubles vasculaires (techniques non agressives)
- Médecine nucléaire cardio-vasculaire
- Surveillance électrocardiographique des malades ambulatoires
- Phonocardiographie
- Soins cardiaques

Programme régional de traitement de l'insuffisance rénale
Unité de chirurgie de jour
Unité de désintoxication
Unité d'écho-diagnostic dans les hôpitaux
Unité de médecine physique et de réadaptation
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétiques
Unité de soins intensifs
Unité de tomographie par ordinateur
Unité de traitement des toxicomanies en milieu hospitalier
Unité d'inhalothérapie
Unités de gériatrie - hôpitaux de jour pour personnes âgées
Unité de soins intensifs périnataux
Unité de traitement des lésions de la moelle épinière
Services d'urgence au Canada
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux

ANNEXE III

INTERVENTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES ET EXAMENS DIAGNOSTIQUES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE PRATIQUÉS DANS LES SERVICES EXTERNES

Nous vous présentons la liste des interventions pratiquées dans les services de chirurgie de jour. La décision de pratiquer ces interventions en service de chirurgie de jour dépend, dans chaque cas, de l'équipement et du personnel de soutien médical et infirmier disponibles ainsi que des facteurs restrictifs soulignés dans les pages 2 et 3. Il est possible que, dans cette liste, la mention de certains actes ou interventions revienne sous diverses spécialités.

CHIRURGIE GÉNÉRALE, CHIRURGIE THORACIQUE

Incision et drainage d'abcès
Excision d'un kyste synovial (kyste de Baker)
Excision de masses du sein
Bronchoscopie
Excision de furoncle
Biopsie de ganglion cervical
Coloscopie
Révision de colostomie
Débridements
Fistulectomie
Extraction d'un corps étranger (avec ou sans radiographie)
Résection du frein de la langue
Gastroscopie
Hémorroïdectomie
Hémorroïdectomie (thrombose)
Herniorraphie inguinale (infantile ou adulte - unilatérale ou bilatérale)
Herniorraphie ombilicale
Laparoscopie
Excision d'un lipome
Biopsie de ganglions lymphatiques
Médiastinoscopie
Biopsie musculaire
Orchidectomie
Orchidopexie
Excision d'un kyste pilonidal
Polypectomie rectale
Biopsie rectale
Biopsie d'une nodosité du scalène
Excision de lésions cutanées
Excision d'un kyste du canal thyréoglosse
Varicocélectomie
Ligature de veines variqueuses
Varicotomie

GYNÉCOLOGIE

Avortement thérapeutique
Excision de kyste (glande de Bartholin)
Amputation du col utérin (opération de Sturmdorf)
Conisation du col
Cautérisation d'un kyste vaginal
Colpotomie diagnostique
Condylome acuminé (traitement de)
Cryothérapie (seule)
Cryothérapie avec biopsie
Culdocentèse
Culdoscopie
Dilatation et curetage
Épisiotomie
Excision d'adhérence du clitoris
Examen pratiqué sous anesthésie
Hyménotomie
Hystéroscopie
Hystérosalpingogramme
Enlèvement de contraceptif intra-utérin
Laparoscopie
Périnéorraphie
Excision d'un polype (col utérin)
Injection de sérum salin hypertonique intra-utérin
Cautérisation ou ligature de trompes
Biopsie de la vulve

CHIRURGIE BUCCALE

Excision de kyste
Réduction de fractures simples, sans complications
Extraction dentaire simple
Extraction dentaire chirurgicale
Chirurgie périodontique (totale ou partielle)

OPHTALMOLOGIE

Aspiration d'humeur aqueuse
Biopsie de la conjonctive ou de la cornée
Phacolyse de cataracte
Excision du canthus
Curetage ou cautérisation d'un ulcère cornéen
Exérèse de chalaxion
Cryorétinopexie
Cryothérapie
Discision de cataracte ou capsulotomie
Ectropion et entropion (réparation)
Énucléation
Orgelet (incision et curetage)
Iridectomie
Kératotomie

Sondage ou reconstruction du canal lacrymal
Myotomie (avec dissection ou résection)
Photocoagulation
Opération de ptérygion
Strabotomie pédiatrique
Tarsorraphie
Injections rétro-bulbaires thérapeutiques

ORTHOPÉDIE ET NEUROCHIRURGIE

Arthrotomie, méniscectomie
Arthrodèse (phalanges et autres articulations)
Arthroplastie (phalanges et autres articulations)
Arthroscopie
Greffe osseuse
Reconstruction des os
Correction d'Hallus Valgus
Ablation de bourse séreuse (recto-olécranienne)
Capsulectomie
Décompression du tunnel carpien
Décompression de ligaments du tunnel carpien
Changement de plâtre avec manipulation
Excision d'exostose
Fasciectomie (digitale, palmaire)
Ongle de doigt ou d'orteil (ablation)
Réduction fermée de fracture (avec ou sans radiographie)
Gangliectomie
Orteils en marteau (ténotomies et résection des os)
Enlèvement de matériel de fixation
Enlèvement de matériel de fixation (hanche)
Injection de disque intervertébral
Neurectomie intercostale
Manipulation d'articulations (avec ou sans radiographie)
Réparation du ligament médian (genou)
Excision des têtes métatarsiennes
Névrome de Morton
Réparation de nerf
Névromes (autres)
Excision d'une épine de l'olecrânien
Phalangectomie
Excision de verrue plantaire
Ténorraphie
Ténosynovectomie
Ténotomie de la main ou du pied
Dégagement de doigt à ressort
Réparation de torticolis
Transfert du nerf cubital

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Adénoïdectomie et myringotomie
Ponction du sinus maxillaire
Enlèvement ou pose de supports branchiaux
Excision d'annexes sur les arcs branchiaux
Bronchoscopie
Cystoscopie
Oesophagoscopie
Ethmoïdectomie
Excision de corps étrangers
Excision de lésions, de kystes, de papillomes
Excision de calculs dans les glandes parotide et sous-maxillaire
Excision d'un hémangiome dans la narine
Fracture chirurgicale du cornet inférieur
Embrochement de mâchoire
Laryngoscopie
Polypectomie du larynx
Rhinoplastie limitée
Mastoïdectomie
Myringoplastie
Myringotomie, avec ou sans tubes
Polype nasal (ablation)
Réduction de fracture simple du nez
Otoscopie
Greffe de pédicule
Polypectomie nasale
Reconstruction du septum
Stapédectomie
Résection sous-muqueuse
Amygdalectomie, avec ou sans adénoïdectomie
Tympanoplastie
Réduction de fracture de l'os malaire

CHIRURGIE PLASTIQUE

Excision d'un épithélioma basocellulaire
Blépharoplastie (paupière supérieure ou inférieure, ou les deux)
Excision d'un kyste
Réparation de fente labiale
Ponçage de la peau (partiel ou complet)
Excision de gynécomastie
Transplantation de cheveux
Mammoplastie (augmentation ou révision)
Méloplastie
Otoplastie
Rhinoplastie
Rhytidoplastie
Excision et réparation de cicatrices
Greffes cutanées mineures
Excision de lésions cutanées mineures
Excision de xanthome

UROLOGIE

Circoncision
Excision d'une partie de la vaginale pour traitement de l'hydrocèle
Excision de caroncule
Excision de kyste (glandes de Skene)
Cystoscopie
Incision dorsale du prépuce
Fulguration du col de la vessie
Incision et drainage d'un abcès inguinal ou scrotal
Lithotritie
Méatotomie
Biopsie de la prostate
Études rétrogrades (pyélogrammes, par exemple)
Excision des testicules
Dilatation de l'urètre
Urétroscopie
Vasectomie
Déférentographie

ACTES MÉDICAUX ET DIAGNOSTICS

Aspiration ou biopsie de la moelle épinière
Cardioversion
Coloscopie
Électrochoc
Dilatation de l'oesophage
Gastroscopie
Laparoscopie
Biopsie du foie
Myélogramme
Paracentèse
Proctosigmoïdoscopie
Biopsie rénale
Ponction lombaire

ANNEXE IV

FEUILLES D'INSTRUCTIONS DESTINÉES AUX PATIENTS DEVANT SUBIR UNE OPÉRATION

Nous vous présentons, à titre d'exemple, une "feuille d'instructions aux patients" qui peut être adoptée dans un programme de chirurgie de jour.

GUIDE À L'INTENTION DES PATIENTS APPELÉS À SUBIR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE SANS HOSPITALISATION

Pré-admission

Afin de vous préparer à l'intervention chirurgicale que vous allez subir, votre médecin vous a sans doute donné des instructions en ce qui concerne les radiographies, les épreuves de laboratoire et autres tests. Il remplira une feuille d'observations et fera un bilan de votre état de santé, tandis que votre chirurgien vous fera signer un formulaire dit de "consentement à l'opération" avant votre admission à l'unité de chirurgie de jour.

Vous êtes convoqué au laboratoire de l'hôpital _____ le _____ (date) à _____ (heure) pour y subir ces différents examens.

On a prévu à votre intention, par la même occasion, un entretien avec un médecin du service d'anesthésie.

Admission

Nous vous prions de vous présenter à l'unité de chirurgie de jour le _____ (date) à _____ (heure) (c'est-à-dire une (1) heure avant celle prévue pour votre entrée dans la salle d'opération).

1. Nous vous prions de vous abstenir de consommer tout aliment liquide ou solide après minuit, la veille de votre intervention chirurgicale. En ne vous conformant pas à cette directive vous risquez l'annulation de votre intervention chirurgicale.

2. Nous vous prions également de laisser chez vous tout objet de valeur ainsi que vos bijoux. Nous n'assumons aucune responsabilité quant aux articles perdus ou volés. Le maquillage et le vernis à ongles sont interdits.

3. Vu l'état de somnolence dans lequel l'opéré se trouve après l'intervention chirurgicale, vous devrez renoncer à la conduite automobile pendant une période de 24 heures.

Sortie

Vous recevrez votre congé sur ordre du médecin de l'unité de chirurgie de jour. Prévoyez un séjour de 4 à 6 heures si vous devez subir une anesthésie générale.

Directives importantes pour la période postopératoire

Une fois rentré chez vous, vous devez faire en sorte de suivre à la lettre les instructions de votre médecin en ce qui concerne le repos, les médicaments et le régime alimentaire.

À moins d'indications contraires, buvez uniquement des liquides clairs pendant les six premières heures suivant votre opération, après quoi, si les liquides ne vous causent aucune gêne, vous pourrez augmenter graduellement votre régime alimentaire -- toujours selon les instructions de votre médecin. Il est recommandé d'éviter toute boisson alcoolisée durant les 24 heures qui suivent l'anesthésie.

Il est normal de se sentir un peu étourdi et somnolent après une opération. C'est pourquoi vous devrez vous abstenir de conduire ou de manoeuvrer une machine pendant une période d'au moins 24 heures. Renoncez à toute décision de conséquence et ne signez aucun papier important avant que cette sensation de torpeur se soit tout à fait dissipée.

Avant de vous autoriser à partir, votre médecin vous donnera des instructions plus précises. N'hésitez pas à communiquer avec lui, ou à composer le numéro suivant _____ si vous avez quelque raison de vous inquiéter au sujet de votre état de santé après votre retour à la maison.

Soucieux d'assurer à ce programme sa pleine efficacité, nous accueillerons volontiers les réactions et recommandations de ceux qui y auront participé. Nous vous invitons instamment à nous faire profiter de vos observations lors de vos visites de rappel après l'opération.